様式第１号

宮崎市病児保育事業利用登録申請書

年　　月　　日

宮崎市長　殿

申請者　住　所

氏　名

※氏名は申請者ご自身が自署してください。

次のとおり宮崎市病児保育事業の利用登録をしたいので申請します。

利用者負担金の決定のため必要があるときは、宮崎市長が私の住民税の課税状況につき税務関係機関に報告を求めることについて同意します。

また、利用に際しては、実施施設の指示に従います。

ふりがな 児童氏名	生年月日 年　月　日 （満　歳　か月）	性別	申請者との続柄	保育所等の名称
		男・女		

通院病院	病院名	担当医師名	施設電話

既往症 （これまでにかかった病気すべてに○）	１．突発性発疹　２．麻疹（はしか）　３．水痘（水ぼうそう）　４．風疹（三日ばしか） ５．流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　６．伝染性紅斑（リンゴ病）　７．熱性けいれん　８．川崎病　９．結核 １０．喘息　１１．アトピー性皮膚炎　１２．食物アレルギー（ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・　　） １３．その他（　　）
アレルギー体質の有無	有（詳細に　　）　・　無
予防接種 （これまでに受けたものすべてに○）	１．小児肺炎球菌＜１・２・３・追＞　２．Ｂ型肝炎＜１・２・３＞　３．ロタ＜１・２・（３）＞ ４．五種混合(DPT-IPV-Hib)＜１・２・３・追＞　５．四種混合(DPT-IPV)＜１・２・３・追＞　６．二種混合(DT) ７．ポリオ　８．ヒブ＜１・２・３・追＞　９．ＢＣＧ　１０．麻しん・風しん(MR)＜１・２＞ １１．水痘＜１・２＞　１２．日本脳炎＜Ⅰ期（１・２・追）・Ⅱ期＞　１３．おたふくかぜ＜１・２＞ １４．その他（　　）
児童に対する留意点	１．既往歴（　　） ２．出産時の状況（　　） ３．その他（　　）

世帯構成	氏名	児童との続柄	生年月日	氏名	児童との続柄	生年月日
			年　月　日			年　月　日
			年　月　日			年　月　日
			年　月　日			年　月　日

※市民税非課税世帯に該当する場合、対象児童と生計を一にする世帯の全員について記入してください。

世帯状況	１．生活保護法による被保護者世帯　２．市町村民税非課税世帯　３．１，２以外の世帯 ※１～２に該当する世帯は、下記書類を添付してください。 １…生活保護受給者証（写し） ２…市民税の非課税証明書（４～５月の利用は前年度、６月以降は利用年度の証明） ※必要書類は児童を除く世帯全員分が必要です。保護者が非課税等であっても、同居の祖父母等の税で利用料を決定する場合もあります。

（注意事項）　予約をキャンセルされる場合は、必ず当日朝までに、各病児・病後児保育室へ連絡下さい。